



ANALISIS IMPLEMENTASI VERIFIKASI DIGITAL KLAIM (VEDIKA) DENGAN KEJADIAN TERTUNDANYA KLAIM BPJS KESEHATAN PADA BULAN JANUARI, FEBRUARI DAN MARET 2019 DI RS PANTI RAHAYU PURWODADI

Yatmi Wahyuni ^(1*), Suharyo ⁽²⁾

^{1*) 2} Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang

Author's contribution :

This research was conducted in a collaboration between the three authors. The author of RF designed the study, carried out statistical analysis, wrote the protocol and wrote the first draft of the manuscript. Authors of RF and KM manage the analysis of this research. The KM writer manages the literature search. All authors have read and agreed to the final manuscript

Penelitian dilakukan bersama oleh 2 penulis. Yatmi Wahyuni dan Suharyo merancang penelitian ini, melakukan analisis penelitian, mengelola pencarian literatur, dan menulis draft pertama naskah. Yatmi Wahyuni menulis protokol dan melakukan pengambilan data. Suharyo merancang format sajian data kualitatif. Semua penulis telah membaca dan menyetujui naskah akhir.

Corresponding author: Email: suharyo@dsn.dinus.ac.id

Competing Interests : *All authors have declared that no competing interests exist.*

Semua Penulis menyatakan bahwa tidak ada konflik kepentingan/interest dalam penelitian ini.

ABSTRAK

Kecepatan verifikasi klaim merupakan hal penting dalam layanan kesehatan yang efektif dan efisien. BPJS Kesehatan mengambil kebijakan untuk mengganti sistem verifikasi klaim manual menjadi sistem elektronik. Perubahan tersebut dibutuhkan sistem verifikasi klaim transisi untuk memfasilitasi penyedia layanan kesehatan yang disebut vedika BPJS Kesehatan. 2 dari 6 rumah sakit di Purwodadi Grobogan telah menerapkan sistem vedika pada akhir tahun 2018, dan Rumah Sakit Panti Rahayu Purwodadi telah menerapkan sistem vedika pada bulan Oktober 2018. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan sistem vedika dengan kejadian tertundanya klaim BPJS Kesehatan pada bulan Januari, februari dan Maret tahun 2019.

Metode kualitatif melalui wawancara mendalam digunakan pada penelitian ini. Informan kunci adalah pemegang kebijakan di Rumah Sakit Panti Rahayu dan sebagai triangulasi adalah informan karyawan casemix dengan berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim dari Ditjen Pelayanan BPJS Nomor 18 Tahun 2017.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan sistem vedika belum efektif karena masih terdapat pengembalian berkas klaim serta keterlambatan pembayaran klaim. Hal tersebut disebabkan tulisan dokter tidak jelas, kelengkapan persyaratan klaim yang kurang, perawatan satu episode rawat jalan dan rawat inap, severity level 3, jumlah petugas casemix yang terbatas, pemahaman DPJP tentang koding dan diagnose masih kurang, serta tidak ada pemantauan dan evaluasi implementasi sistem vedika. Jumlah kasus klaim yang bertambah banyak setiap bulan menyebabkan pengajuan klaim terlambat yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim. Kesalahan yang sama masih terulang karena tidak adanya pemantauan dan evaluasi. Klaim dikatakan berhasil jika dibayar tepat

waktu 100%. Oleh karena itu perlu diadakan pelatihan tentang pengembangan kapasitas petugas.

Kata kunci : BPJS Kesehatan, Vedika, pembayaran klaim

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk mewujudkan jaminan dan terpenuhinya hak setiap peserta dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.¹ Pemerintah Indonesia menargetkan bahwa pada tahun 2019 semua penduduk sudah menjadi peserta BPJS bidang Kesehatan. Data cakupan peserta program JKN sampai dengan 31 Mei 2018 mencapai 74% penduduk.² Sehingga pihak manajemen BPJS Kesehatan dan penyedia layanan kesehatan mempunyai peran penting dalam meningkatkan mutu dan kendali biaya sehingga dapat memberikan pelayanan jasa yang berkualitas, sesuai mafaat jaminan dan terpercaya.

Peserta BPJS Kesehatan berharap dapat menjangkau pelayanan kesehatan dengan baik tanpa hambatan keuangan. Peserta BPJS Kesehatan yang terbesar adalah Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibiayai dari anggaran APBN, yaitu mencapai 92,27 juta jiwa atau 46,92% dari total peserta. Kemudian jumlah peserta pada kelompok Pekerja Penerima Upah (PPU) swasta sebesar 27,92 juta jiwa (14,2%) dan Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) sebesar 27,65 juta jiwa (14,06%). Sedangkan jumlah fasilitas layanan kesehatan BPJS sampai dengan

Mei tahun ini telah mencapai 27.140. Angka tersebut antara lain terdiri dari Puskesmas 6.666 unit, Puskesmas+TT 3.206 unit, klinik rawat inap 497 unit, dan rumah sakit 2.159 unit (Humas, 2017). Fasilitas kesehatan yang layak merupakan hak dari peserta sesuai dengan premi yang dibayarkan. Sehingga verifikasi klaim merupakan bagian proses yang penting untuk memperoleh pengganti biaya pelayanan yang telah dikeluarkan oleh FKRTL sesuai dengan tarif yang telah ditentukan.³ Banyak kendala yang ditemui oleh fasilitas pelayanan kesehatan atau rumah sakit kepada BPJS Kesehatan berkaitan dengan proses pengajuan klaim.

Kendala yang terjadi pada pihak rumah sakit misalnya pengembalian berkas klaim tidak tersedia berita acaranya. Sedangkan pada pihak BPJS Kesehatan, khususnya verifikator mengeluhkan adanya perbedaan persepsi antara koder dan verifikator rumah sakit terhadap kelengkapan berkas klaim sebagai pendukung coding.⁴ Solusi yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan merubah sistem verifikasi klaim manual menjadi e-claim. Namun, untuk menuju e-claim pada tahun 2020 dilakukan transisi melalui sistem vedika atau verifikasi di kantor BPJS Kesehatan.⁵

Verifikasi di kantor BPJS Kesehatan

(vedika) bertujuan untuk meningkatkan proses pelayanan kepada fasilitas kesehatan. System vedika dapat mengefisienkan beban operasional BPJS Kesehatan dan mampu mempercepat proses verifikasi klaim sehingga terwujud layanan yang berkualitas dan berkeadilan. Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 mengenai Penjelasan Pelaksanaan Verifikasi di Kantor (Vedika) menyebutkan bahwa pelaksanaan vedika dilaksanakan secara bertahap, mulai bulan Januari sampai dengan Desember 2017, yang diharapkan seluruh FKRTL telah melaksanakan vedika. Uji coba vedika dilakukan pada 1 April 2016 di 12 rumah sakit yang terpilih di Indonesia.⁶

Pada kenyataannya belum semua fasilitas kesehatan atau rumah sakit menerapkan sistem vedika. Pelaksanaan sistem vedika di Grobogan, yaitu pada wilayah kerja BPJS KCU Kudus, baru diberlakukan pada 1 Mei 2018. Salah satunya pada RS Panti Rahayu Purwodadi, dan menjadi rumah sakit yang pertama kali menjalankan sistem vedika pada 1 Oktober 2018. Dipilihnya RS Panti Rahayu Purwodadi oleh BPJS Kesehatan untuk yang pertama di Grobogan untuk menjalankan sistem vedika karena rumah sakit tersebut dinilai BPJS telah melakukan pengajuan klaim tepat waktu dan dianggap mampu untuk menjalankan sistem klaim (vedika) tersebut. Sehingga RS Panti Rahayu Purwodadi telah menetapkan strategi yang baik untuk

menjalankan sistem vedika.

Tujuan pelaksanaan sistem vedika RS Panti Rahayu Purwodadi adalah agar dapat memberikan pelayanan ke pasien yang lebih baik (cepat dan tepat), pelayanan administrasi pasien lebih rapi dan lengkap, waktu proses verifikasi berkas lebih cepat dan efisien baik internal rumah sakit maupun oleh BPJS Kesehatan, dan pada akhirnya pembayaran dari BPJS Kesehatan lebih cepat dan lancar. Oleh karena itu RS Panti Rahayu Purwodadi mengambil langkah dengan menyiapkan SDM yang berkompeten dan berpengalaman, menyediakan sarana dan prasarana yang sesuai, kelengkapan dan kerapian penyusunan berkas untuk mempersiapkan sistem vedika. Kemudian strategi yang dilakukan untuk mencapai target adalah mempercepat klaim, meningkatkan sistem kerja dengan mengawalkan jadwal, dan melengkapi dokumen yang dibutuhkan. Berdasarkan hasil survei pendahuluan dengan narasumber (petugas rekam medis) diperoleh informasi bahwa RS Panti Rahayu Purwodadi sebelum dan sesudah penerapan vedika masih sama terkait klaim hanya berbeda di bagian proses verifikasinya. Permasalahan yang ditemukan pada saat pelaksanaan penelitian pada bulan Januari, Februari dan Maret 2019 pada sistem vedika RS Panti Rahayu Purwodadi antara lain bahwa verifikasi klaim sering terhambat karena ketidaklengkapan berkas yang kurang sehingga ada beberapa berkas

klaim yang dikembalikan.

Tabel 1. Jumlah Berkas Klaim dan Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Bulan Januari, Februari dan Maret 2019 RS. Panti Rahayu Purwodadi

Bulan	Jumlah Berkas Klaim Dikirim Ke BPJS Kesehatan	Jumlah Berkas Klaim yang Dikembalikan	Persentase
Januari	939	149	15,87 %
Februari	812	209	25,74 %
Maret	949	176	18,54 %

Aplikasi verifikasi klaim yang sering terhambat disebabkan oleh beberapa hal antara lain sambungan internet yang lambat, perbedaan pendapat antara verifikator BPJS Kesehatan dengan koder rumah sakit terhadap koding suatu penyakit, perbedaan persepsi diagnosis dan penetapan kode ICD 10 dan ICD-9 CM antara dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dengan koder. Berkas klaim yang dikembalikan buka berarti menjadi hangus klaimnya tetapi menjadi klaim yang ditunda (pending). Klaim yang tertunda dapat diajukan pada pengajuan klaim bulan berikutnya, atau apabila ada masalah yang signifikan maka dilakukan diskusi antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan pada waktu evaluasi eksternal (2-3 bulan sekali). Pembayaran klaim yang tertunda biasanya memerlukan waktu 1-3 bulan tergantung berat ringannya masalah berkas klaim yang dikembalikan. Aplikasi vedika yang sering terjadi *error*, biasanya terjadi selama 1-3 hari kerja, mengakibatkan petugas harus melakukan input klaim yang tertinggal di hari berikutnya. Hal tersebut sangat mempengaruhi proses verifikasi berkas klaim. Oleh karena itu perlu dievaluasi

apakah hasil dari pelaksanaan vedika selama ini telah sesuai atau tidak dengan ketentuan strategi vedika yang telah ditetapkan. Hasil penelitian di RSUD Ungaran kabupaten Semarang menunjukkan bahwa dengan diberlakukannya sistem Vedika maka beban kerja unit rekam medis menjadi bertambah karena dibebankan tugas yang sama dari unit BPJS Kesehatan centre.⁷

RS Panti Rahayu adalah rumah sakit swasta kelas C yang berada di Jalan R. Suprpto No 6 Purwodadi, Grobogan, Jawa Tengah. Rumah sakit ini juga menampung rujukan yang berasal dari puskesmas. Di RS Panti Rahayu tersedia 210 tempat tidur inap dengan jumlah dokter 31 dokter 19 diantaranya adalah spesialis, 125 perawat, 8 bidan, 50 tenaga non kesehatan, 9 farmasi, dan 1 orang dokter gigi. Rumah sakit Panti Rahayu di bulan Januari sampai dengan Maret 2019 memiliki total pasien rawat inap 5124 pasien, jumlah pasien rawat inap di bulan Januari sampai dengan Maret 2019 yang menggunakan BPJS berjumlah 3091 pasien.

Rumah Sakit Panti Rahayu mulai bekerjasama dengan BPJS kesehatan

pada tahun 2014, dan mulai 1 Mei tahun 2018 telah menerapkan verifikasi digital klaim (vedika) dimana sudah tidak ada lagi verifikator BPJS Kesehatan yang berada di rumah sakit dan pengiriman laporan sudah secara online, namun RS Panti Rahayu sendiri baru melakukan verifikasi tanpa verifikator di rumah sakit pada bulan Oktober 2018 dan ini yang menjadi alasan peneliti mengambil penelitian di rumahsakitini, oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengambil data klaim pasien BPJS Kesehatan yang dimulai pada bulan Januari, Februari dan Maret 2019 yang telah dilakukan entri data dan sudah diketahui jumlah berkas yang dikembalikan dari BPJS Kesehatan dan penulis akan melakukan penelitian pada bulan Agustus 2019.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk menulis penelitian dengan judul “Analisis implementasi verifikasi digital klaim (vedika) dengan kejadian tertundanya klaim BPJS Kesehatan Bulan Januari, Februari dan Maret 2019 di RS. Panti Rahayu”, menggunakan analisis kualitatif untuk melihat persentase pengembalian berkas klaim dan kualitatif untuk mendeskripsikan implementasi verifikasi digital klaim dengan kejadian tertundanya klaim BPJS Kesehatan.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif, data primer dikumpulkan dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan

utama. Data sekunder yang digunakan yaitu data pengembalian klaim BPJS bulan Januari, Februari, Maret 2019 dan pedoman atau petunjuk teknis yang berlaku pada pelaksanaan sistem vedika.

Dalam penelitian ini populasi yang diambil adalah semua berkas klaim BPJS Kesehatan bulan Januari, Februari dan Maret 2019 di RS. Panti Rahayu Purwodadi. Sampel pada penelitian ini adalah berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Januari, Februari dan Maret 2019. Sampel wawancara kepada Kepala Bagian Keuangan, Kepala Seksi Piutang, Koordinator Klaim BPJS Kesehatan, Koordinator Casemix, Petugas Koreksi Klaim, Petugas Entri Klaim, dan Petugas Koding Klaim di RS. Panti Rahayu Purwodadi. Pada penelitian ini pada subjek penelitian yang menggunakan metode kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan utama dan informan triangulasi dengan jumlah responden yang sedikit maka untuk menjaga data agar tetap terbukti kebenarannya maka perlu dilakukan uji validitas. Dimana uji validitas yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan triangulasi.

Triangulasi merupakan metode yang digunakan oleh peneliti untuk melakukan pemeriksaan keabsahan yang memanfaatkan informasi di luar data yang diperoleh untuk keperluan pengecekan dan meningkatkan validitas penelitian atau sebagai pembandingan data dengan menganalisis pertanyaan penelitian dari

berbagai perspektif sudut pandang.⁸ Adapun uji kualitatif dalam penelitian ini meliputi triangulasi sumber dan triangulasi metode.

Triangulasi sumber pada uji validitas dalam penelitian ini diperoleh dari wawancara mendalam dengan pemegang kebijakan dibawah direktur di RS.Panti Rahayu Purwodadi yang berhubungan langsung dengan BPJS Kesehatan, yaitu Kepala Bagian Keuangan, Kepala Seksi Piutang, Koordinator Klaim BPJS dan Koordinator Casemix.

Triangulasi metode pada uji validitas dalam penelitian ini menggunakan dua teknik yaitu wawancara mendalam dalam penelitian ini akan dilakukan pada petugas casemix dan pemegang kebijakan di RS.Panti Rahayu Purwodadi dan kajian data klaim BPJS Kesehatan, kajian data klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan melihat data pengembalian klaim BPJS Kesehatan pada bulan Januari, Februari dan Maret 2019 di RS.Panti Rahayu Purwodadi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Informan utama berjumlah 6 (enam) orang yaitu 1 orang koreksi klaim, 3 orang entri klaim, 2 orang koding klaim di bagian casemix RS. Panti Rahayu Purwodadi. Informan triangulasi adalah pemegang kebijakan klaim BPJS Kesehatan di bawah direktur, yaitu kepala bagian keuangan (KaBag Keuangan), Kepala Seksi Piutang, Koordinator Klaim BPJS Kesehatan dan Koordinator Casemix yang

merangkapsebagai dokter umum di RS. Panti Rahayu Purwodadi Grobogan.

Hasil identifikasi berkas klaim tertunda pada bulan Januari, Februari dan Maret 2019 yang terbanyak disebabkan oleh kesalahan pengkodingan, Up Coding, Severity level 3, satu episode perawatan dan kelengkapan berkas klaim kurang. Keterlambatan yang terjadi berupa keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan Pusat dan keterlambatan pengiriman klaim dari RS.Panti Rahayu Purwodadi. Hasil dari pelaksanaan sistem vedika di RS. Panti Rahayu belum efektif karena masih ada kendala pengembalian berkas klaim, cara kerja masih belum tersistem dengan baik di bagian casemix karena bagian ini baru dibentuk di bulan Mei 2019 sehingga masih harus beradaptasi dengan lingkungan baru dan pekerjaan yang baru dan keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit.

Menurut para pemegang kebijakan di RS. Panti Rahayu, sumber daya manusia di bagian casemix sudah memenuhi syarat untuk menerapkan sistem vedika. Dari aspek kompetensi, sumber daya manusia di bagian casemix berkompeten dan bertanggung jawab dalam bidangnya masing masing karena pemahamannya baik dan cekatan. Namun sumber daya manusia bagian casemix jumlahnya sangat terbatas sedangkan kasus yang ditangani setiap bulan semakin bertambah.⁹

Rumah Sakit Panti Rahayu Purwodadi, memiliki sarana dan prasarana untuk operasional sistem vedika yang lengkap dan layak digunakan. Sarana tersebut terdiri dari printer, scan, internet, aplikasi/software, mesin fotokopi, mobil, dan petugas ekspedisi yang mengirimkan berkas yang telah sesuai dengan Surat Edaran Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 tentang vedika.⁶ Namun pada pelaksanaan sistem vedika terkadang mengalami gangguan dari sambungan internet yang lambat. Sehingga dapat mengganggu pelaksanaan system verifikasi (vedika), seperti keterlambatan pengajuan klaim. Terkait pelaksanaan e-claim, bagian casemix telah menambah alat scan yang berjumlah 3 buah yang tadinya hanya ada 1 buah supaya mempercepat pekerjaan dan pengiriman klaim ke BPJS Kesehatan.

Bagian casemix di RS. Panti Rahayu Purwodadi belum memiliki Standar Prosedur Operasional dalam melaksanakan sistem vedika, karena bagian casemix baru terbentuk pada bulan Mei 2019 dan masih melanjutkan tugas pekerjaan lama yang dulu dikerjakan dibagian masing-masing, baik yang dari bagian piutang, rekam medis maupun SMF (Staf Medik Fungsional). Standar Prosedur Operasional pelaksanaan system verifikasi vedika yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan telah disosialisasikan ke rumah sakit. Sehingga petugas di bagian

casemix dalam melaksanakan tugasnya mengikuti standard prosedur operasional di bidang masing-masing menurut peraturan BPJS Kesehatan yang berlaku. Surat edaran BPJS Kesehatan yang berlaku juga tidak menjelaskan mengenai harus atau tidak suatu rumah sakit memiliki SPO (Standar Prosedur Operasional) pelaksanaan sistem vedika.⁶ Meskipun demikian RS.Panti Rahayu Purwodadi berjalan baik serta sesuai ketentuan BPJS Kesehatan.

Berkaitan dengan perencanaan, bagian casemix RS.Panti Rahayu Purwodadi tidak mempunyai bukti tertulis dokumen perencanaan. Namun pada pelaksanaannya sistem vedika sudah menyesuaikan dengan Surat Edaran Pelayanan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Nomor 18 Tahun 2017 tentang vedika.⁶ Tujuan pelaksanaan sistem vedika di RS.Panti Rahayu Purwodadi adalah mempercepat klaim. Sedangkan hasil akhir yang diharapkan dari pelaksanaan sistem vedika adalah pelayanan pasien peserta BPJS Kesehatan lebih cepat dan tepat, administrasi dokumen pasien lebih lengkap, pembayaran dari BPJS Kesehatan lebih cepat karena proses verifikasi berkas bertambah cepat dan efisien. Rencana upaya untuk mencapai tujuan mengurangi pengembalian berkas klaim adalah dengan berusaha memenuhi persyaratan klaim. Strategi yang diambil guna mencapai tujuan mempercepat pembayaran klaim yaitu dengan

mempercepat pengiriman klaim dan membenahan sistem kerja.

Perencana rumah sakit Panti rahayu Purwodadi belum efektif karena pada 6 bulan pertama dijalankan, sistem vedika masih belum dapat mengatasi masalah pengembalian klaim tertunda serta keterlambatan pembayaran klaim. Oleh karena itu untuk mengatasi permasalahan keterlambatan pembayaran klaim, bagian casemix berusaha menyusun rencana perbaikan dengan melakukan pengiriman klaim pada tanggal 10 setiap bulannya dan melakukan penambahan sumber daya manusia. Sedangkan upaya penyelesaian masalah klaim pending yang kemungkinan disebabkan kesalahan pengkodingan, up koding, pelayanan satu episode perawatan dan berkas yang tidak lengkap, rencana upaya yang dipilih adalah memperbaiki atau mengkonfirmasi dengan bagian rekam medis terkait dengan berkas rekam medis dan konfirmasi langsung ke dokter penanggung jawab pelayanan apabila tulisan diagnose dokter sulit terbaca atau membutuhkan jawaban untuk indikasi pasien dirawat. Sehingga strategi bagian casemix bersifat fleksibel dan responsif terhadap masalah yang terjadi terkait dengan klaim pending.

Bagian casemix RS Panti Rahayu Purwodadi belum mempunyai struktur organisasi tersendiri dan pembagian tugas job deskripsi petugas casemix juga belum dibuat secara tertulis. Kemudian menurut informan utama dan triangulasi,

pengkoordinasian bagian casemix berjalan dengan baik yaitu secara langsung maupun tidak langsung, dengan mengadakan rapat koordinasi antara bagian casemix, Tim Kendali Mutu dan Biaya, serta Tim Fraud di RS.Panti Rahayu. Apabila timbul permasalahan internal yang harus diselesaikan segera, maka bagian casemix akan berkoordinasi dengan unit terkait dan menyelesaikan secara langsung. Bagian casemix khususnya koordinator casemix selalu berkoordinasi langsung dengan verifikator BPJS Kesehatan terkait masalah yang timbul di RS. Panti Rahayu melalui media social (WA, Telegram), dan setiap rumah sakit memiliki penanggung jawab sistem vedika yang berkoordinasi langsung dengan BPJS Kesehatan. Hal telah tersebut sesuai dengan Surat Edaran BPJS Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017, yang menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan dan rumah sakit harus mempunyai hubungan kerjasama yang baik. Koordinasi dapat berlangsung dengan baik, apabila ada masalah seperti klaim yang harus diperbaiki oleh petugas yang bersangkutan di bagian casemix, maka dapat diselesaikan bersama-sama. Pada era vedika, manajemen rumah sakit mempunyai tanggungjawab yang besar, dimana BPJS Kesehatan menaruh kepercayaan besar pada rumah sakit dalam pengajuan klaim. Oleh karena itu petugas casemix mempunyai tanggungjawab yang besar terhadap profesi masing-masing.

Menurut pemegang kebijakan di RS. Panti Rahayu Purwodadi, pelaksanaan sistem vedika di RS. Panti Rahayu Purwodadi berjalan dengan baik sesuai ketentuan BPJS Kesehatan. Ketentuan verifikasi klaim dikerjakan BPJS Kesehatan selama 11 hari, dihitung sejak berkas klaim diterima. Apabila terdapat kesalahan pada berkas klaim maka BPJS Kesehatan akan mengembalikannya ke rumah sakit bersamaan dengan pengesahan persetujuan pembayaran. Sedangkan klaim yang layak akan dibayarkan pada hari ke 15.⁶

Salah satu penyebab berkas klaim yang dikembalikan yaitu kesalahan pengkodean, *up koding*, severity level 3, perawatan satu episode dan ketidaklengkapan berkas. Permasalahan tersebut disebabkan karena koder mengalami kesulitan membaca tulisan dokter, hal ini dapat menyebabkan kesalahan pengkodean, Dokter belum memahami perawatan satu episode, pemberian perawatan yang berlebihan sehingga masuk pada severity level 3, dan kurang teliti dalam melengkapi berkas klaim. Menurut pedoman Petunjuk Teknis Verifikasi Tahun 2014, pengajuan klaim perlu memperhatikan beberapa hal guna menghindari kesalahan klaim, termasuk pengkodean yang merujuk pada ICD 10 dan ICD 9 CM.¹⁰

Terjadi pula keterlambatan pembayaran klaim sebagai akibat terlambat dalam pengiriman berkas klaim dan keterlambatan dari pihak BPJS

Kesehatan guna melakukan pembayaran dengan alasan kekurangan dana untuk membayar. Pengiriman berkas klaim dapat terlambat sebagai akibat terbatasnya sumber daya manusia, namun jumlah berkas pasien yang ditangani bertambah setiap bulannya membuat beban pekerjaan bertambah, yang pada akhirnya penyelesaian pekerjaan juga mengalami keterlambatan. Kondisi ini juga tidak berbeda jauh dengan Rumah Sakit Umum Daerah di Ibu kota Jawa Tengah, Kota Semarang, terjadi juga kendala dalam proses administrasi klaim yang disebabkan oleh kurangnya jumlah petugas dan minimnya pelatihan atau peningkatan kompetensi bagi petugas.¹¹ Hal ini juga dikuatkan dari hasil penelitian pada PT GESA, bahwa pengetahuan SDM tentang proses klaim sangat menunjang dalam kecepatan proses klaim.¹²

Penilaian dilakukan melalui monitoring dan evaluasi pada pelaksanaan sistem vedika. Kegiatan monitoring dan evaluasi belum berjalan dengan baik pada bagian casemix RS. Panti Rahayu Purwodadi. Monitoring dan evaluasi dilakukan langsung oleh Direktur RS. Panti Rahayu. Sedangkan dari BPJS Kesehatan monitoring dan evaluasi dilakukan tiap bulan dengan pengiriman umpan balik klaim yang pending maupun klaim yang terbayar. Merujuk pada Surat Edaran Nomor 18 Tahun 2017 mengenai vedika, monitoring dan evaluasi dilaksanakan rutin satu bulan sekali oleh

BPJS Kesehatan melalui kepala bidang PMR untuk mengevaluasi proses klaim dan penanganan keluhan.⁶ Pada era vedika diharapkan fasilitas Kesehatan rumah sakit mampu secara mandiri melakukan evaluasi internal guna kelancaran pelaksanaan sistem vedika. Hal ini disebabkan karena BPJS Kesehatan tidak dapat melaksanakan monitoring dan evaluasi sistem vedika pada setiap rumah sakit. Apabila tidak dilakukan monitoring dan evaluasi internal, maka kemungkinan masalah yang sama dapat terjadi kembali.¹³

Monitoring khususnya pada kelengkapan administrasi klaim yang disertai dengan kelengkapan dan ketepatan catatan medis. Sebagai contoh pada hasil penelitian tentang analisis kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat jalan dengan metode hatta di Rumah sakit Jasa kartini menyebutkan bahwa dengan kelengkapan administrasi klaim sebesar 100% dan ketepatan diagnosis sebesar 98% akan sangat membantu dalam kelancaran klaim dari BPJS Kesehatan.¹⁴ Penolakan klaim oleh BPJS sangat tergantung dari kelengkapan informasi rekam medis dan ketepatan kode diagnosis. Hal ini ditunjukkan hasil penelitian di RSUD Tangerang selatan bahwa dengan 65,9% informasi rekam medis lengkap dan 87,6% diagnosis utama tepat, maka hanya 85,7% klaim BPJS kesehatan yang disetujui.¹⁵

KESIMPULAN DAN SARAN

Karakteristik informan pada subyek penelitian ini terdapat latar belakang pendidikan yang berbeda-beda sesuai bidang pekerjaannya, masa kerja pada subyek penelitian juga bervariasi ada yang kurang dari 5 (lima) tahun dan ada yang lebih dari 20 (dua puluh) tahun. Hasil identifikasi berkas klaim tertunda berdasarkan pelaksanaan implementasi verifikasi digital klaim (vedika) pada bulan Januari, Februari dan Maret 2019 yang terbanyak disebabkan oleh kesalahan pengkodean, *Up Coding*, *Severity Level* 3, satu episode perawatan dan kelengkapan berkas klaim kurang. Untuk melaksanakan implementasi verifikasi digital klaim (vedika), sumber daya manusia di bagian *casemix* sudah berkompeten dan bertanggung jawab dalam bidangnya masing-masing karena pemahamannya terhadap sistem vedika sudah baik. Namun sumber daya manusia bagian *casemix* jumlahnya masih kurang sedangkan berkas pasien yang ditangani semakin bertambah. Rumah Sakit telah memiliki sarana untuk pelaksanaan sistem vedika yang cukup lengkap dan layak digunakan. Aplikasi vedika sering terjadi masalah pada saat digunakan karena sambungan internet yang lambat. Pada tahap perencanaan, bagian *casemix* tidak ada dokumen tertulis tentang perencanaan. Pelaksanaan sistem vedika sudah menyesuaikan dengan Surat Edaran BPJS Nomor 18 Tahun 2017 tentang vedika. Bagian *casemix* belum memiliki struktur organisasi dan belum

ada pembagian job deskripsi secara tertulis.

Apabila mengalami kendala maka diselesaikan dengan cara berkoordinasi langsung dengan bagian terkait, karena dengan sistem vedika, rumah sakit bertanggungjawab mutlak, dimana BPJS Kesehatan menaruh kepercayaan kepada rumah sakit di dalam pengajuan klaim. Pelaksanaan sistem vedika berjalan dengan baik sesuai ketentuan BPJS Kesehatan yang berlaku. Proses Verifikasi berkas klaim dilaksanakan BPJS Kesehatan selama 11 hari dihitung dari berkas klaim diterima. Kemudian klaim yang sudah benar dan lengkap akan dibayar pada hari ke 15. Monitoring dan evaluasi sistem vedika bagian *casemix* belum berjalan dengan baik. Monitoring dan evaluasi dilakukan langsung oleh Direktur. Bagian SDM (Sumber Daya Manusia) / Personalia :

Perlu melakukan Analisa Beban Kerja terkait jumlah SDM (Sumber Daya Manusia) di bagian *Casemix* yang jumlahnya masih terbatas dan masih melakukan pekerjaan diluar jam kerja. Bagian Diklat (Pendidikan dan Pelatihan) sebaiknya melaksanakan pelatihan berkala mengenai koding untuk koder, dokter dan verifikator internal untuk meningkatkan kemampuan dalam pengkodean diagnosa sesuai INACBGs (*Indonesia Case Base Groups*). Perlu dibuatkan *Job Description* untuk petugas di bagian *Casemix* sesuai SPO (Standar Prosedur Operasional). Bagian

Manajemen perlu mengoptimalkan koordinasi Tim Antifraud, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya. Bagian Rekam Medis dan bagian *Casemix* dapat membuat dokumentasi perencanaan, pencatatan dan pelaporan yang terstruktur, dan membuat tim monitoring dan evaluasi terkait pelaksanaan sistem vedika di RS. Panti Rahayu Purwodadi

PENDANAAN

Penelitian ini didanai oleh penulis pertama secara mandiri

SIGNIFICANCE STATEMENT

Penelitian tentang implementasi sistem verifikasi di kantor (Vedika) klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat membantu memberikan gambaran dan analisis pelaksanaan vedika yang diperlukan oleh BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan. Hasil penelitian ini sangat bermanfaat bagi pihak manajemen rumah sakit dan BPJS Kesehatan untuk dijadikan gambaran dan landasan pengambilan kebijakan terkait klaim dan pembayarannya guna meningkatkan pelayanan Kesehatan yang berkualitas. Penelitian ini dilakukan secara kualitatif dengan memperhatikan validitas internal melalui triangulasi metode dan sumber.

DATA AVAILABILITY

Data hasil wawancara mendalam terecord dalam transkrip telah disimpan baik cetak yang disimpan oleh penulis pertama dan juga diunggah dalam sistem

tugas akhir SIADIN (web Sistem Akademik Dian Nuswantoro Semarang).

DISCLAIMER

Informasi hasil penelitian ini berdasarkan ketentuan atau peraturan pelaksanaan sistem Vedika yang berlaku dan kondisi manajemen rumah sakit berlaku pada saat penelitian. Kondisi dan perubahan hasil pelaksanaan sistem vedika sangat dinamis dari waktu ke waktu tergantung dari kondisi manajemen rumah sakit dan peraturan yang berlaku pada waktu tertentu.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004, tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)*
2. Humas, 2017. *Kota Semarang Menuju Universal Health Coverage* (Internet).BPJS Kesehatan. 2017 [cited 2018 Mar 17]. Available from : <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/580/Semarang-City-Towards-Universal-Health-Coverage>
3. Kementerian Kesehatan RI, 2016. *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta
4. BPJS Regional IV.2017. *Peranan BPJS Kesehatan Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan*. Disampaikan pada Rakernas 1 Maret 2017;1–43
5. Indonesia BK. 2017, Surat Edaran Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 Tentang *Penjelasan Pelaksanaan Verifikasi di Kantor (Vedika)*
6. Dirjen Pelayanan. 2017, Surat Edaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 Tentang *Verifikasi Digital Klaim (Vedika)*
7. Kusumastuti, W, Sariatmi, A, & Arso, S.P, 2019, *Beban Unit Rekam Medis Paska Sistem Vedika BPJS di RSUD Ungaran*, Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, Vol 7, No.1, <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jmki/article/view/22342>
8. Kasiran M., 2010.*Metodologi Penelitian Kualitatif-Kuantitatif*. 2nd ed. Idris M, editor. Malang: UIN-Malikin Pres
9. Rumah Sakit Panti Rahayu. 2013. *Pedoman Pengorganisasian RS. Panti Rahayu. Purwodadi*
10. Direktorat Pelayanan. 2014, *Buku Petunjuk Verifikasi Klaim*. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
11. Susan, O.S, Arso, S.P, & Wigati, P.A, 2016, *Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016*, Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 4, No.4, <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/13898>

12. Tajudin, A, 2017, *Analisis Pengetahuan SDM, Penggunaan Sistem Informasi Dan Kelengkapan Klaim Terhadap Penolakan Klaim Reimbursement Di PT GESA Assistance Tahun 2016*, Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol.16, No.3
<http://journals.stikim.ac.id/index.php/jikes/article/view/278>
13. Alvianitasari, E.F, Jati, S.P, & Fatmasari, E.Y, 2018. *Evaluasi Pelaksanaan Sistem Verifikasi Di Kantor (VEDIKA) BPJS Kesehatan di Rumah Sakit William Booth Semarang*, Jurnal Kesehatan Masyarakat, volume 6 (4):10-17
14. Masturoh, I, Khotimah, S, & Nuraini, N, 2020, *Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Thypoid dalam Klaim BPJS dengan Metode Hatta*, jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol 8. No.1
<https://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/54>
15. Ariyanti, F & Gifari, M.T, 2019, *Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap*, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, Vol 8, No.4,
<http://journals.stikim.ac.id/index.php/jikm/article/view/415>